1897 Erlangen 1897
STANFORD-LANE MEDICAL LIBRARY
2395 SACRAMENTO ST.
SAN FRANCISCO 15, CALIF.

# Über hysterische Gehstörungen.

---

## Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der gesamten Medizin

der

**hohen medizinischen Fakultät**

der

**kgl. bayer. Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen**

vorgelegt von

Hermann Frölich
aus Beckum (Westfalen).

Tag der mündlichen Prüfung: 8. März 1897.

---

ERLANGEN.
K. b. Hof- und Univ.-Buchdruckerei von Fr. Junge (Junge & Sohn.)
1897.

Gedruckt mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät zu Erlangen.

Referent: Prof. Dr. v. Strümpell.

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser.

In der hiesigen medizinischen Klinik hatte ich Gelegenheit 3 Fälle von hysterischer Gehstörung zu beobachten, welche mir durch die Güte des Herrn Prof. Dr. von Strümpell freundlichst zu dieser Dissertation überlassen wurden.

Bevor ich jedoch auf diese Fälle näher eingehe, sei es mir gestattet, zuvor über die bei der Hysterie vorkommenden Gehstörungen im allgemeinen etwas eingehender zu sprechen.

L'hysterie est connue depuis qu'il existe une civilisation, sagt Briquet in seinem klassischen Werke über die Hysterie. Und zwar mit vollem Recht; schon seit Jahrhunderten ist das Krankheitsbild der Hysterie den Ärzten bekannt gewesen, aber trotz grosser und mühevoller Arbeiten ist es selbst bis heute noch nicht gelungen, das Wesen der Hysterie richtig zu erkennen. Auch in unserer Zeit gehen die Ansichten der Autoren über die Hysterie noch weit auseinander. In einem Punkte jedoch sind wir weiter gekommen, nämlich in dem Erkennen und Verstehen der Symptome der Krankheit. Die Untersuchungen der Schule Charcots haben gezeigt, dass der Hysterie bei aller Mannigfaltigkeit der Erscheinungen und trotz der Vielgestaltigkeit der

Einzelfälle ein Grundstock — un fonds commun — von Symptomen zukommt, die sich durch Hartnäckigkeit auszeichnen und von welchen sich einzelne in den meisten Fällen finden. Man hat dieselben als Stigmata der Hysterie bezeichnet. Neben diesen allgemeinen Thatsachen schenkte man auch einzelnen Symptomen der Krankheit grosse Aufmerksamkeit.

Im Jahre 1888 veröffentlichte P. Blocq, ein Schüler Charcots, eine grössere Abhandlung, in der er einen Zustand eingehender beschreibt, bei dem es dem Individuum nicht möglich ist, in normaler Weise zu stehen und zu gehen, während die Untersuchung weder eine Sensibilitätsstörung, noch eine Abnahme der motorischen Kraft, noch auch eine Koordinationsstörung in den unteren Extremitäten ergiebt. Er nennt diesen Symptomenkomplex Astasie-Abasie und versteht darunter „einen krankhaften Zustand, bei welchem die Unmöglichkeit des Aufrechtstehens und des normalen Gehens im Gegensatz steht zu der Unversehrtheit der Empfindlichkeit der Muskelkraft und der übrigen Bewegungen der Beine."

Die in Frage stehende Affektion war schon früheren Beobachtern keineswegs entgangen und zum Teil als hysterische Paraplegie (Briquet), zum Teil als hysterische Ataxie (Jaccoud und Mitchell) beschrieben worden. Von Charcot wurde dieselbe bei verschiedenen Gelegenheiten besprochen. Die betreffenden Kranken bieten im Liegen und Sitzen an ihren unteren Extremitäten in der Regel keine Störungen dar. Koordination der Bewegungen, Muskelkraft, Sensibilität, Haut- und Sehnenreflexe erweisen sich an denselben völlig normal; es bestehen keine spastischen Erscheinungen. Die vorhandene

Funktionsstörung beschränkt sich auf die zum Gehen und Stehen erforderliche koordinierte Muskelthätigkeit. In einem Teile der Fälle versagen die Beine für diese Verrichtung ihren Dienst gänzlich, der Kranke knickt, auf die Füsse gestellt und auf beiden Seiten unterstützt, sofort ein. Sonderbarerweise mögen dabei lokomotorische Bewegungen anderer Art noch sehr wohl ausführbar sein. Es ist beobachtet worden, dass Kranke, die nicht einen Moment sich aufrecht zu erhalten im Stande waren, vortrefflich auf allen Vieren zu kriechen, auf einem Beine oder mit geschlossenen Beinen zu hüpfen und zu klettern vermochten. Bei anderen Kranken ist das Gehen nicht ganz unmöglich, sondern nur in mehr oder minder erheblicher Weise erschwert und gestört. Die Vorgänge, welche das Stehen und die normale Lokomotion behindern, sind nicht immer dieselben und man hat deshalb mehrere Formen der Abasie-Astasie aufgestellt. Charcot und Grasset unterscheiden eine Abasie paretique, eine Abasie choréiforme und eine Abasie trépidante. Bei der ersten Form wird durch Kraftmangel der Beine Stehen und Gehen unmöglich gemacht oder wenigstens bedeutend erschwert; bei der Abasie choréiforme handelt es sich lediglich um eine hochgradige Erschwerung der genannten Verrichtungen zum Teil durch Inkoordination der Beinbewegungen, zum Teil durch Auftreten krampfartiger Muskelkontraktionen. Bei der Abasie trépidante werden die Beine beim Gehen und Stehen von einem mehr oder minder störenden Tremor befallen. In manchen Fällen können sich die Kranken, wenn sie gehen wollen, nur hüpfend vorwärts bewegen (Abasie à forme sautillante Pitres). Bei allen diesen Varietäten handelt es sich um

kontinuierlich andauernde Zustände. Die Abasie-Astasie kann jedoch, wie ein von Ladame beschriebener Fall lehrt, aush periodisch, anfallsweise sich geltend machen. Die Affektion findet sich bei beiden Geschlechtern und zwar vorzugsweise bei jugendlichen Individuen, ganz besonders häufig bei Kindern im Alter von 10 bis 15 Jahren.

Im Anschluss hieran will ich nun auf 3 Fälle von hysterischer Gehstörung, welche in der hiesigen medizinischen Klinik beobachtet wurden, näher eingehen.

## I. Fall.

Hermann H. 50 Jahre alt, Weber aus Ellrich bei Nordhausen.

Patient will früher stets gesund gewesen sein. Von hereditärer Belastung ist nichts zu ermitteln, ebenso wird eine luetische oder gonorrhoische Infektion entschieden in Abrede gestellt.

Am 13. Mai 1896 fiel Pat. während der Arbeit rücklings auf eine Treppe und wurde dabei noch von einem Kettenbaum am Rücken und linken Bein verletzt.

Laut ärztlichen Gutachtens vom 20. Juni desselben Jahres sind ausser Druckempfindlichkeit am Rücken keine erheblichen objektiven Störungen vorhanden.

Pat. wurde, weil er noch über Schmerzen beim Bücken klagte, ins Bad Oeynhausen geschickt. Er konnte damals noch im ganzen gut marschieren. Der Arzt, welcher ihn dort behandelte, stellte schon damals die Diagnose auf „traumatische Neurose."

Da aber auch hier das Gehen nicht besser wurde, sondern schlechter, so wurde Patient auf Wunsch der

Unfallgenossenschaft am 9. November 1896 zur Beobachtung, bezüglich Behandlung der hiesigen medizinischen Klinik überwiesen.

Status am 12. XI. 1896.

Patient ist von mittelgrosser Gestalt. Die Muskulatur, sowie das Fettpolster sind mässig entwickelt.

Lunge und Herz sind normal.

Leber und Milz nicht vergrössert.

Urin ohne Eiweiss und Zucker.

Das Sensorium ist frei.

Patient macht den Eindruck eines schwermütigen, trübsinnigen Menschen. Er kann breitbeinig allein stehen, zittert dabei aber am ganzen Körper. Gehen kann er nur mit dem Stock oder an den Händen gehalten. Bei jedem einzelnen Schritt scheint der Fuss zunächst am Boden zu kleben und wird dann mit einem Male zu einem grossen Schritt vorwärts geschoben, wobei Patient jedesmal nach vorne gewissermassen auf sein vorgesetztes Bein fällt. Die Fussspitze wird überhaupt nicht vom Boden erhoben. Soll Patient allein gehen, so taumelt er und greift suchend nach einem Halt.

Die Behandlung besteht in täglichem Galvanisieren der unteren Extremität, ferner in öfters widerholten methodischen täglichen Gehübungen und aktivem und passivem Bewegen im Bett. Patient klagte in den ersten Tagen viel über Schlaflosigkeit. Ein Schlafpulver, bestehend aus saccharum lactis 1,0 thut gute Dienste. Er schläft darnach den grössten Teil der Nacht ganz gut.

Status am 15. XI. 1896.

Bei den aktiven Bewegungsversuchen in Bettlage wurde in den ersten Tagen das linke Bein fast nicht

von der Bettunterlage erhoben. Bei der Aufforderung zum „Knie-Hackenversuch“ schleift die Ferse auf der Matratze bis in die Gegend des Kniegelenkes und wird dann mit einem Ruck, ohne eigentlich ataktische Störungen dabei zu offenbaren, auf das Knie richtig aufgesetzt. Bei Herstellung der Strecklage schleift die Ferse wieder entlang dem rechten Unterschenkel. In ähnlicher Weise erfolgen die Bewegungen des rechten Beines, doch merklich besser.

Bei sämtlichen Bewegungen wird der Eindruck übermässiger Anstrengung hervorgerufen und werden stets Schmerzen in der Gegend der Lendenwirbelsäule und der Unterschenkel angegeben. Bei passiven Bewegungen in Bettlage sind stets die Antagonisten der die angegebenen Bewegungen vollziehenden Muskeln in Kontraktion und leisten häufig einen nicht unbeträchtlichen Widerstand z. B. beim Erheben des Beines, bei Streckung und Beugung im Fussgelenk, doch ist dabei zu bemerken, dass das Bein ganz gut in der Höhe gehalten werden kann.

Status am 17. XI. 1896.

Der Gang ist insofern gebessert, als Patient auch ohne Stock gehen kann. Bei den anbefohlenen kleinen Schritten kann die Fusssohle beiderseits richtig vom Boden abgehoben werden, insbesondere kann die Sohle des Fusses parallel dem Boden gehalten werden. Es werden allerdings starke Schmerzen beim Gehen angegeben. Die Hände werden dabei in die Gegend der Lendenwirbelsäule gestützt, „weil er einen Halt brauche“. Das Zittern in den Beinen ist gegen früher vermindert.

Status am 22. XI. 96.

Patient wurde bis jetzt galvanisch und insbesondere mit methodischen, heilgymnastischen Gehübungen behandelt.

Patient ist etwas anämisch, ziemlich still, nur manchmal lebhaft, besonders, wenn er seine Gehunfähigkeit versichert.

Bei der Untersuchung im Bett sind die Beine in normaler Stellung, die Muskulatur am Unterschenkel kräftig, die Extens. cruris am Oberschenkel scheinen etwas dürftig entwickelt zu sein.

Der Patellarreflex ist beiderseits sehr lebhaft, Cremasterreflex ebenfalls, Achillessehnenreflex normal, Strichreflexe an den Fusssohlen normal, Nadelstiche deutlich schmerzhaft.

Das Anziehen und Ausstrecken des rechten Beines ist leidlich, des linken Beines anscheinend langsam und schwerfällig mit dabei sofort eintretender hysteriformer Atmung.

Bei Widerstandsbewegungen mit dem linken Bein ist äusserst lebhafte Schmerzäusserung vorhanden, im rechten Bein gute Kraft, auch die Extension des Unterschenkels ist sehr kräftig. Der linke Oberschenkel ist von gleichem Umfange, wie der rechte. Soll das linke Bein gestreckt erhoben werden, so geschieht dieses nur mühsam und unvollkommen.

Status am 3. XII. 96.

Patient sitzt meist neben dem Bett, stützt den Kopf mit der Hand und schaut finster zu Boden. Er hat guten Appetit und hat während seines Hospitalaufenthaltes von 118 auf 123 Pfund zugenommen. Der Gang ist entschieden besser geworden gegen früher.

Er fällt nicht mehr so stark auf den vorgesetzten Fuss und hebt den Fuss vom Boden. Nach Aussage einer Krankenschwester geht Patient, wenn er sich nicht beobachtet fühlt, bedeutend besser.

Aufgefordert beim Stehen grade vor sich hin zu sehen, antwortete er in ungezogenem Tone, „das wolle er nicht“. Auf die ruhige Aufforderung hin mit den Armen gymnastische Übungen zu machen, antwortet er: „Ich bin kein dummer Junge“. Kurz man hat den Eindruck, dass Patient oder vielleicht besser der Unfallkranke kein Interesse daran hat, besser zu werden, was auch vielleicht daraus zu erkennen ist, dass er seit einigen Tagen die Absicht äussert, die Klinik zu verlassen.

Status am 17. XII. 96.

Bei Bewegungen der Beine im Bett ist noch dieselbe Langsamkeit vorhanden, ferner Intentionstremor, dabei Gefühl von „Brennen“ in den Beinen.

Bei Bewegungsversuchen tritt Dyspnoische Atmung ein. Die Sensibilitätsstörungen sind ohne Bedeutung, jedoch ist an den Beinen deutliche Analgesie.

Am 19. XII. 96 wurde Patient aus der Klinik entlassen.

## II. Fall.

Patient ist der 34 Jahr alte Johann W., Tischler aus Horb am Main. Der Vater des Patienten starb an Wassersucht, die Mutter infolge eines Schlaganfalles.

Hereditäre Belastung ist nicht zu ermitteln.

Schon als kleines Kind hat Patient Bier zu trinken bekommen und später viel Schnaps in Bier und schwere Weine getrunken.

In der Kindszeit machte er Scharlach und Nervenfieber durch und als 12jähriger Junge wurde ihm das linke Bein oberhalb des Knies überfahren. Im Alter von 14 Jahren hatte er infolge einer plötzlichen Bewegung mit dem Kopf nach hinten 4—5 Wochen heftige Kopfschmerzen. Während seiner Militärzeit im Jahre 1883 musste er sich einer Zahn-Fistel-Operation unterziehen.

Eine luetische Infektion wird geleugnet, Gonorrhoe im Jahre 1883 jedoch zugestanden.

Im Jahre 1887 fiel er aus einer Höhe von 12 m auf den Bauch, es wurden aber keine Folgen bemerkt.

Sommer 1888 bemerkte Patient, dass ihm das linke Bein von der Fussspitze an bis zum Knie herauf allmählich fortschreitend „taub“ wurde, auch befiel ihn seit dieser Zeit gegen die 4. Stunde des Nachmittags eine starke Müdigkeit im linken Bein. Patient musste sich dann setzen, auch brach er dabei oder er hatte Aufstossen und machte Würgbewegungen. Am Ende des Jahres rückte das taube Gefühl bis übers Knie herauf. Im nächsten Jahre fing, wenn auch in geringerem Grade, das rechte Bein an taub zu werden und allmählich rückte dieses taube Gefühl bis zum Jahre 1892 über den Leib auf die Brust herauf. Ausser dieser Gefühlslosigkeit in den bezeichneten Teilen und der eigentümlichen Müdigkeit der Beine in den Nachmittagsstunden hatte Patient keine besonderen Beschwerden, konnte bis dahin ordentlich gehen und seine Arbeit damals noch als Tischler verrichten.

Seit dem Jahre 1892 besteht grosse nervöse Reizbarkeit und viel Schwindel besonders beim Bücken. Ebenfalls hat das Gedächtnis nach einer Nervendurch-

schneidung am rechten Auge abgenommen und ist eine Gemütsverstimmung eingetreten. Auf dem rechten Auge besteht seitdem geschwächte Sehkraft, Doppeltsehen, mitunter ist Ohrenklingen vorhanden, aber keine Sprachstörungen.

Seit 1892 bestehen ferner Blasenstörungen, unwillkürliche Urinentleerung, Blasenkatarrh, aber keine sexuellen Störungen. Patient klagt auch über grosse Schlaflosigkeit, Phantasien (kleine Gestalten, Männlein, feurige Flammen) dabei Nachtwandeln. Am Morgen erinnert er sich der nächtlichen Erscheinungen sehr wohl.

Patient hat wegen seiner Krankheit schon viele Kliniken und Spitäler besucht. So war er in Hamburg, Berlin, Leipzig, Hof und zuletzt hier in der chirurgischen Klinik. Es wurde vielfach behandelt auf Gelenkrheumatismus und es wurden ihm Corsetts angefertigt, um seinen Gang zu verbessern. Von der chirurgischen Klinik wurde er in die innere gebracht und hier wurde dann die Diagnose auf hysterische Gehstörung gestellt.

Status am 25. XI. 96.

Patient ist von mittelgrosser Gestalt. Die Muskulatur ist ziemlich gut entwickelt.

Das Herz ist in seinen Grenzen und Tönen normal.

Die Pulsfrequenz beträgt 82 in der Minute.

Die Lungen ergeben einen hellen und vollen Schall, sowie normales Atemgeräusch.

Abdomen nicht besonderes. Leber und Milz nicht vergrössert.

Es besteht Analgesie des ganzen Kopfes und Gesichtes inklusive Zunge und Lippen. Geschmack ist an beiden Zungenhälften gut. Essig ruft auf dem rechten

Nasenloch Brennen, aber nicht Geruchsempfindung deutlich hervor.

An beiden Armen werden Nadelstiche vom Fingerdruck durchweg nicht unterschieden, ebensowenig an der vorderen Brustwand bis zum Nabel herunter. Am Rücken besteht vom Hals an überall starke Hyperästhesie gegen Nadelstiche. Leichtes Streichen der Haut ist an den meisten Stellen der Wirbelsäule, namentlich Lendenwirbelsäule so empfindlich, dass Patient zuckt. Besonders lebhafte Schmerzäusserung und Zuckung erfolgt bei Druck auf das Kreuzbein.

Der linke Unterschenkel ist ganz anaesthetisch, am linken Oberschenkel nur Analgesie.

Starke Nadelstiche in die Fusssohlen rufen keine Reflexe hervor, während das Streichen an den Fusssohlen starke Reflexzuckungen im Quadriceps hervorruft.

Beim Knie-Hackenversuch entsteht ziemlich lebhaftes Schütteln und Zittern.

Patellarreflex ist ganz normal, ebenso der Achillessehnenreflex.

Der Gang des Patienten ist recht eigenartig und nicht mit einem in der Neurologie als charakteristisch beschriebenen zu vergleichen.

Wenn Patient geht, so hält er die Wirbelsäule ganz steif und geht mit Schwanken und mit Unsicherheit. Er lehnt sich etwas nach vorn über und fällt förmlich von einen Fuss auf den andern. Beim Auftreten mit dem linken Fuss ist der Tritt etwas stampfend, was wohl auf die Fussgelenkserkrankung zurückzuführen ist. Bei seinem Gang sucht sich Patient, wo es nur

möglich ist, an Tisch, Stuhl, Bett u. s. w. anzuhalten, kann aber auch frei ganz gut gehen. Hat er sein Corsett an, so ist der Gang entschieden flotter.

Die grosse Schmerzempfindlichkeit an der Lendenwirbelsäule war nach zwei Sitzungen mit dem galvanischen Strom auf ein Minimum reduziert.

Leider wurde der Patient schon nach wenigen Tagen wieder aus der Klinik geholt und so konnte ihm denn therapeutisch nur wenig geholfen werden.

### III. Fall.

Johann R., 24 Jahre alt, Schieferdecker aus Hard bei Kissingen.

Die Eltern des Patienten leben und sind gesund, ebenso seine 5 Geschwister.

Patient war 2 Jahre Soldat bei der Fussartillerie in Metz und will bis zu dem am 30. VII. 96 erlittenen Unfall stets gesund gewesen sein. Eine luetische oder gonorrhoische Infektion wird in Abrede gestellt.

Patient fiel beim Abstauben des inneren Kirchengewölbes dadurch, dass ein Flaschenzug riss, aus einer Höhe von 12 m auf den Steinboden. Er war 24 Stunden bewusstlos und konnte sich nach dem Erwachen nicht mehr erinnern, was mit ihm passiert war, und wie er ins Spital gebracht wurde. Auch über die Ereignisse kurz vor dem Unfall weiss er sich nicht mehr zu erinnern.

Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen wurden, nachdem Patient zum Bewusstsein gekommen war, nicht beobachtet. Ebensowenig bestand Fieber. Die Diagnose wurde vom behandelnden Arzte auf Hirn- und

Rückenmarkserschütterung und auf traumatische Neurose gestellt.

Status am 15. I. 97.

Patient ist ein grosser, normal gebauter Mann, das Gesicht ist nicht abgemagert, die Gesichtsfarbe immer gerötet.

Das subjektive Sehvermögen ist gut, ebenso Gehör, Geruch, Geschmack.

An Lunge und Herz sind vollkommen normale Verhältnisse.

Die Temperatur ist nie über 37,4.

Der Puls schwankt zwischen 90 und 100.

Das Abdomen ist nirgends empfindlich.

Leber und Milz sind nicht vergrössert.

Urin ist ohne Eiweiss und Zucker.

Die Körperhaltung ist gerade, jedoch befinden sich die Beine beim Stehen in Abduktionsstellung. Patient steht und geht ganz breitspurig. Beim Gehen fällt der merkwürdig gespannte Gesichtsausdruck auf und auch die leichte Abduktion der oberen Extremitäten. Er ist nicht imstande die Hände an den Rumpf anzulegen, hat man sie passiv angedrückt, so abduziert Patient gleich wieder und gerät dabei in ein lebhaftes, den ganzen Körper und die Extremitäten ergreifendes Zittern und atmet rasch und dyspnoisch.

In den ersten Tagen seines Hierseins konnte der Kranke nicht ohne Hilfe seines Stockes gehen. Nahm man ihm diesen, so stützte er sich an die Wand, welche er möglichst rasch zu erreichen suchte, oder er hielt sich an in der Nähe befindlichen Gegenständen fest. Gab man ihm die Hand, so konnte er gehen, obgleich er nur wenig Unterstützung dabei fand.

Im Bett werden Bewegungen mit den Beinen nur langsam und augenscheinlich sehr angestrengt ausgeführt, dabei geraten die oberen Extremitäten in lebhaftes Zittern, Patient wird dyspnoisch und hat einen sehr beschleunigten Puls. Er ist aber nicht imstande seine Ferse zum Knie des anderen Fusses zu bringen.

Die Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten sind ausserordentlich lebhaft; Cremaster und Bauchdeckenreflex deutlich, Fusssohlen-Strichreflex ebenso.

Subjektive Beschwerden:

Im Kopf Drücken und Reissen, ferner Kreuzschmerzen, Schwäche in den Beinen, hier und da leichte Schmerzen in den Armen; Wasserlassen und Stuhl ohne Schmerzen.

Beim Sitzen ist die Körperhaltung normal, auffallend aber die stark gespreizte Schenkelhaltuug. Das Aufstehen geschieht nur mühsam mit Zuhilfenahme der Arme. Patient geht breitbeinig mit kleinen tappenden Schritten und schlendert dabei ziemlich stark mit den Armen. Patient kann auch mit geschlossenen Augen stehen, wobei freilich ein stärkeres Zittern eintritt. Aufgefordert die Augen zu schliessen macht er eine Menge von krampfhaften Blinzelbewegungen, zieht die Stirne in die Höhe, ohne die Augen unbefangen schliessen zu können. Hält man ihm die Augen gewaltsam zu, so zeigt sich kein Rombergsches Phänomen.

Bei Rückenlage im Bett werden die Beine auch etwas gespreizt gehalten. Beim Versuch die Beine im Bett zu bewegen, tritt beiderseits ganz enomer Schütteltremor ein.

Sensibilität: An beiden Beinen angeblich stark herabgesetzte Schmerzempfindung, an einzelnen Stellen

ganz erloschen. Ebenso an beiden Wangen angeblich völlige Analgesie.

Unter fleissigen methodischen Gehübungen und Elektrisieren am ganzen Körper ist in wenigen Tagen eine eklatante Besserung erzielt worden. Patient geht, ohne sich irgendwo anzuhalten oder zu stützen.

Am 23. I. 97 wurde Patient als geheilt aus der Klinik entlassen.

Im Anschluss an diese drei Fälle von hysterischer Gehstörung will ich noch auf 2 Fälle näher eingehen, welche in den Jahren 1894 und 1895 in der hiesigen Klinik beobachtet wurden.

I. Fall. Jahrgang 1894.

Anna T., 16 Jahre alt aus Öttingen.

Patientin will bis Sommer 1891 ganz gesund gewesen sein. Seit 1890 ist sie menstruiert.

Beginn des Leidens mit Bleichsucht, Kopfweh und Müdigkeit. Ausserdem klagte sie oft über hartnäckige Obstipationen und Anorexie. Die Erscheinungen wurden langsam schlechter bis zum Herbst 1893. Patientin konnte jedoch noch leidlich gut gehen.

Wegen der Mattigkeit und Schwäche musste sie zu Bett liegen bleiben. Die Gehstörungen nahmen dann noch mehr zu und darum wurde Patientin in die Klinik gebracht.

Status am 15. V. 1894.

Patientin ist ein normal gebautes, aber etwas blasses nicht besonders kräftiges Mädchen.

Herz und Lunge sind normal.

Abdomen nichts besonderes.

Milz und Leber nicht vergrössert.

Beim Versuch zu gehen, hält sich Patientin überall an den Möbeln fest und ist nicht dazu zu bringen, die Füsse rasch vorwärts zu setzen. Anstatt den Fuss nach vorn zu setzen, hält sie ihn teils nach hinten, teils seitwärts, bis sie endlich scheinbar mit grösster Mühe und Anstrengung einen Schritt zu Wege bringt. Dabei wird der Oberkörper beständig langsam bald nach vorn, bald seitwärts bewegt, aber nicht grade aufrecht gehalten. Die Hände sind fest krampfhaft geschlossen, wenn Patientin freistehen muss, sonst hält sie sich an Gegenständen fest.

Am meisten charakteristisch ist die ungemeine Verlangsamung der Gehbewegungen. Sich selbst überlassen, hat sie zu einem Wege von zirka 150 Schritt $^3/_4$ Stunden gebraucht.

Anaesthesien sind nirgends vorhanden.

Reflexe sind lebhaft.

Psychische Stimmung apathisch, energielos, aber sonst freundlich, nicht aufgeregt. Angebliche Gleichgültigkeit gegen eintretende Besserung.

Behandlung: Methodische Gehübungen, beständiges Ermahnen, Elektrisieren, kalte Abreibungen. In den ersten Tagen kein besonderer Erfolg, dann gelingt es endlich zunächst die Rumpfhaltung zu bessern, insbesondere durch Tragen von Kaffebrettern oder ähnlichen Geräten.

Status am 26. V. 94.

Der Gang ist fast normal, die Schritte sind gleichmässig und ruhig, nur noch immer verlangsamt. Der Gang erinnert an den einer Nachtwandlerin.

Nachdem die Abführmittel ganz ausgesetzt worden sind, ist 8 Tage lang Opstipation eingetreten. Nach

Einnahme von Rizinusöl erfolgt reichliche Entleerung. Die grösste Gehleistung beträgt bisher 17—20 Schritt in der Minute.

Status am 21. VI. 94.

Die Besserung ist noch etwas fortgeschritten. Patientin geht jetzt annähernd so schell, wie normal, nur immer mit sehr kleinen Schritten und etwas steifer Haltung. Die Art und Weise macht einen etwas gekünstelten Eindruck.

Das Allgemeinbefinden ist ziemlich gut, das Körpergewicht nicht vermehrt. Der Stuhlgang ist immer noch ausserordentlich lange angehalten, 8—14 Tage unter Umständen, ohne dass Patientin davon irgendwelche Beschwerde hätte. Nach Oleum Ricini erfolgen ausgiebige Entleerungen.

Am 22. VI. 94 wurde Patientin aus der Klinik entlassen.

II. Fall. Jahrgang 1895.

Marie L. . . 36 Jahre alt, Tochter eines Schuhmachers aus Geslar.

Die Eltern und 4 Geschwister der Patientin sind gesund, auch will sie selbst früher nie krank gewesen sein.

Das jetzige Leiden datiert vom 20. März 1892. Patientin erhielt auf dem Heimweg von einem grösseren Ausflug nachts $11^1/_2$ Uhr einen starken Steinwurf an die linke Stirnseite. Sie wurde sofort bewusstlos und erwachte erst wieder, als ihr in einem nahe gelegenen Hause das Blut abgewaschen wurde. Sie wurde dann heimgeführt und der Arzt geholt, welcher die Wunde verband. Die Wunde brach jedoch wieder auf und eiterte einige Tage. Schon auf dem Heimwege konnte

Patientin nicht mehr ordentlich gehen wegen der starken Kopfschmerzen. Sie lag dann 3 Tage zu Bett. Nun fingen alle möglichen Beschwerden an; Schmerzen im Rücken, Schwindel beim Gehen, Zittern in den Beinen, heftige Kopfschmerzen in der Gegend der Wunde, Herzklopfen, Schwanken des Körpers. Die Beschwerden steigerten sich, und waren im April und Mai 1892 am schlimmsten. Patientin hatte Anfälle von Furcht, so dass sie manchmal laut aufschrie. Beim Lesen tanzten alle Buchstaben vor den Augen. Das Sehvermögen war nicht alteriert, doch konnte Patientin nicht ins Helle sehen und nicht längere Zeit die Augen offen halten. In der ersten Zeit hatte sie auch Ohrensausen. Der Appetit war schlecht, dabei bestand Übelkeit, Aufstossen, kein Erbrechen. Der Stuhlgang war immer angehalten, das Wasserlassen häufig mit Schmerzen verbunden. Sie hatte überhaupt Schmerzen in allen Gliedern. Im Mai und Dezember war zweimal gerichtliche Vernehmung, die jedesmal einen ganzen Tag dauerte und Patientin so anstrengte und aufregte, dass ihr Zustand fast für $^1/_4$ Jahr schlechter wurde.

Die Familie der Patientin prozessiert mit dem einen der Attentäter, einem reichen Manne, von dem sie Entschädigung beansprucht. Patientin äussert darüber, sie brauche das Geld nicht, ihre Gesundheit sei ihr lieber.

Status am 28. V. 1895.

Ziemlich kleine Patientin mit grazilem Knochenbau; Muskulatur ist gut entwickelt, Sensorium frei.

Intelligenz normal. Kopf symetrisch gebaut, auf Klopfen nirgends empfindlich. Auf der linken Stirn-

seite eine 1 cm lange, vollständig frei verschiebliche Hautnarbe, die angeblich auf Druck schmerzhaft ist.

Das Gesicht ist im wesentlichen symetrisch. Bewegungen mit den Augen sind nach allen Richtungen gut ausführbar. Die Pupillen reagieren gut.

Das subjektive Sehvermögen ist gut, ebenso Gehör, Geruch und Geschmack.

Der Kopf wird etwas gegen die linke Schulter geneigt gehalten. Der Gesichtsausdruck hat etwas zufriedenes, Patientin lacht sogar ziemlich häufig.

Die Stimme ist etwas belegt, die Sprache ohne Störung.

Der Thorax ist mittellang, der epigastrische Winkel nicht ganz ein rechter.

An Lunge und Herz sind vollkommen normale Verhältnisse.

Das Abdomen ist nirgends empfindlich, keine abnorme Resistenz. Leber und Milz nicht vergrössert.

Motilität: 1. Obere Extremität: Alle aktiven uud passiven Bewegungen sind gut möglich, die aktiven mit äusserst geringer Energie.

2. Untere Extremität: Patientin ist kaum imstande, die Beine ordentlich zu strecken und zu beugen. Sie macht dabei energische Kontraktionen im tibialis anticus und posticus beiderseits, während von einer ordentlichen Spannung der Beugesehnen nichts zu fühlen ist. Die passiven Bewegungen sind nach allen Richtungen hin ganz frei ausführbar.

Der Patellar- und Achillessehnenreflex sind beiderseits äusserst lebhaft.

Nirgends ist irgend welche Muskelatrophie vorhanden, die Beinmuskulatur ist sogar recht kräftig.

Sensibilität für Tast- und Schmerzempfindung vollkommen gut, ebenso für Kälte und Wärme.

Vasomotorische Störungen sind nirgends nachzuweisen.

Temperatur normal.

Puls regelmässig.

Stuhlgang etwas angehalten.

Urin ohne Eiweiss und Zucker.

Patientin steht gut und rasch vom Bett auf, so bald sie jedoch gezwungen ist zu stehen ohne sich anzuhalten, beginnt sie hin und her zu schwanken, hauptsächlich von rechts nach links, teilweise auch von vorn nach rückwärts. Der Kopf macht nur geringe Bewegungen, während das Zwickern mit den Augenlidern immer häufiger wird. Beim Gehen macht Patientin ganz kleine, watschelnde Schritte. Auf energisches Zureden und bei leichter Führung an beiden Händen kann sie jedoch ganz gut langsame und grössere Schritte ausführen, freilich noch mit stärkeren Schwankungen des Rumpfes. Meist kontrolliert Patientin mit den Augen ihren Gang. Beim Stehen werden die Schwankungen um nichts stärker, wenn Augen und Füsse geschlossen werden. Fast macht es den Eindruck, als ob bei grösserer Aufmerksamkeit das Schwanken geringer würde.

Die Stimmung der Patientin ist heiter, und wünscht selbst aufrichtig von ihrem gegenwärtigen Leiden geheilt zu werden.

Status am 12. VI. 1895.

Unter fleissigen Gehübungen und Faradisieren am ganzen Körper ist bei der nötigen Geduld von seiten des Behandelnden und der Kranken eine eklatante

Besserung erzielt worden. Patientin geht, ohne sich irgendwo anzuhalten oder zu stützen mit ziemlich ungezwungener Haltung des Rumpfes und der Arme, und macht dabei mässig grosse, freigeführte Schritte. Bis jetzt unterscheidet sich der Gang von dem normalen nur noch durch geringfügiges Wackeln. Der Kopf ist immer noch auf den Boden gerichtet. Sie beobachtet genau ihren Gang. Die Grimassen sind viel geringer und seltener geworden. Patientin ist selbst sehr zufrieden und bei guter Stimmung. Hie und da klagt sie über Magenbeschwerden, einmal über Herzklopfen. Nie hat sie irgend welche Anfälle.

Status am 25. VI. 1895.

Patientin unterscheidet sich in Haltung und Gang nicht mehr von einem normalen Menschen. Nur ab und zu klagt sie über Kopfschmerzen.

Sie wird als geheilt entlassen.

Wiedereintritt in die Klinik am 1. XI. 1895.

Patientin will seit ihrer Entlassung am 25. Juni leichte Arbeiten ausgeführt haben können. Das Marschieren ging gut, nach einer halben Stunde ermüdete Patientin, „die Beine wollten sich nicht mehr heben lassen“. Die Kranke war wegen dieser Beschwerden verhindert, einen Dienst anzunehmen und lebte daheim bei ihren Eltern. Die Verschlimmerung ihres Zustandes datiert sie von dem Zeitpunkte ab, wo sie in ein neu gebautes, noch feuchtes Haus gezogen ist. Die Beschwerden bestanden hauptsächlich in spannendem Gefühl in den Beinen, besonders in den Unterschenkeln. An Kopfweh hat Patientin den ganzen Sommer gelitten. Nachdem sie 4 Wochen in der neuen Wohnung zugebracht hatte, nahm sie auf Anraten des Arztes ein

Zimmer für sich. Die Beschwerden liessen darauf nach, sie fühlte sich besser. Um ganz wieder hergestellt zu werden suchte Patientin auf Rat ihrer Eltern die Klinik wieder auf.

Status am 2. XI. 95.

Die Gesichtsfarbe ist gut, der Gesichtsausdruck freundlich, sie folgt willig den Anordnungeu.

Lunge und Herz sind normal, ebenso Leber und Milz.

Abdomen weich, nicht druckempfindlich.

Die Periode tritt regelmässig alle 3 Wochen ein, uud dauert 3—4 Tage.

Die rohe Kraft der oberen Extremitäten ist vermindert, noch stärker sind die Störungen an den unteren Extremitäten.

Patellar- und Achillessehnenreflex sind lebhaft.

Die Kranke geht breitspurig und beugt den Rumpf bei jedem Schritt nach dem vorgesetzten Fuss.

Status am 5. XI. 95.

Patientin klagt immer noch über Schmerzen im Kopf und beiden Unterschenkeln, sowie über Druckgefühl am Sternum. Sie ist den ganzen Tag ausser Bett, und hilft bei den häuslichen Arbeiten. An der Narbe an der Stirn ist keine Spur einer Knochenauftreibung zu finden; bei Druck Schmerzäusserungen, die einen rein subjektiven Eindruck machen, zumal sie bei Beklopfen anderer Kopfstellen ebenfalls das Gesicht verzieht.

Unter der Therapie: kalte Abreibungen, Gehübungen, Elektrisieren besserte sich der Zustand der Patientin von Tag zu Tag so, dass sie bei ihrer Entlassung am 8. XI. 95 einen vollständig normalen Gang hat.

In Kürze will ich jetzt noch einige Fälle von hysterischer Gehstörung anführen, welche in der Litteratur als „hysterische Astasie-Abasie“ beschrieben worden sind, und zwar den von W. Kusnezow mitgeteilten, und einige von den Fällen, welche P. Blocq näher beschrieben hat.

Ein Fall von Astasie-Abasie bei einer Hysterischen, mitgeteilt von W. Kusnezow.

(Wjestnik psichiatrii i nevropatologii 1890 VIII. Ref. Neurol. Centralblatt 1891.)

Die Beobachtung betrifft ein 26jähriges Mädchen, das mehrere Jahre in der Irrenanstalt „Aller Duldenden“ zubrachte.

Patientin litt seit ihrer Kindheit an grosser Erregbarkeit, Anfällen grundloser Angst, Kopfschmerzen. Seit dem 18. Lebensjahre wurde Schwanken beim Gehen bemerkt, das allmählich zunahm; seit ihrem 20. Lebensjahre hörte Patientin gänzlich auf zu gehen und konnte auch nicht mehr stehen. Zugleich entwickelte sich eine beständig zunehmende Reizbarkeit des Charakters, feindselige Stimmung der Familie gegenüber; zuweilen litt sie an Sinnestäuschungen des Gehörs.

Bei der Aufnahme in die Anstalt bestand völlige Astasie und Abasie. Beim Liegen und Sitzen wurden alle möglichen Bewegungen seitens der unteren Extremitäten frei und mit genügender Kraft ausgeführt. Dagegen sank Patientin beim Versuch zu stehen sofort zu Boden und von zwei Personen geführt, konnte sie kaum ein Paar Schritte machen. Seitens der Sensibilität waren keine Störungen zu konstatieren. Sehnenreflexe normal. Ausgeprägtes hysterisches Wesen; häufige

Kopfschmerzen, auch Neuralgien und Hyperästhesien an verschiedenen Körperstellen, Globus hystericus.

Nachdem Patientin über ein Jahr in der Anstalt unbeweglich zugebracht, begann sie Versuche zu machen, ohne fremde Hilfe aufzustehen und auch herum zu gehen, obgleich sie anfänglich dabei häufiger umfiel. Sehr langsam machte sie darin Fortschritte und nach weiteren $1^1/_2$ Jahren war sie bereits imstande Spaziergänge von mehreren Kilometern zu machen. Auch die Reizbarkeit hatte abgenommen, obgleich die krankhafte Stimmung nicht verschwand, und noch vor kurzem, als Patientin bereits gut gehen konnte, machte sie einen Selbstmordversuch, nach welchem der Gang wieder etwas schwankend wurde.

Gehen wir nun zu den von P. Blocq teils aus der Litteratur, teils aus seiner eigenen Erfahrung gesammelten elf Fällen über, so finden wir unter diesen auch den Krankheitsfall, den Erlenmeyer im Jahre 1885 unter dem Titel „statische Reflexkrämpfe“ veröffentlicht hat. Betrachtet man diesen Fall näher, so ergiebt sich ohne weiteres die Berechtigung, ihn unter den Begriff der Astasie und Abasie einzureichen.

A. T., 28 Jahre alt, ledig, Refrendar, stammt aus einer Familie, in der Nerven- oder Geisteskrankheiten nicht erblich sind. Er hat nie besondere Excesse begangen, namentlich nicht in sexueller Beziehung, war nie infiziert. Im Trinken war er mässig, geraucht hat er nie. Im Winter 1883/84 machte er das schriftliche Assessorexamen und begann im Anfang des Jahres 1884 die Vorbereitung zur mündlichen Prüfung. Er studierte sehr eifrig und angestrengt den ganzen Tag über. Nachdem er in dieser Weise ungefähr 6—8 Monate gearbeitet

hatte, stellte sich eine gewisse Erregung und allgemeine Unruhe bei ihm ein, die sich schnell steigerten. Es traten Zuckungen in allen Körpermuskeln auf; namentlich in den Beinen und Armen. Beim Schreiben kam es infolgedessen sehr häufig zu unbeabsichtigtem Ausfahren mit der Feder. Anfangs August des Jahres 1884 stellten sich Bewegungsstörungen in den Beinen ein. Mitten im ruhigen Gehen knickte Patient plötzlich und ohne jede Schmerzempfindung im linken Knie ein. Anfangs selten und wenig tief, trat diese Erscheinung öfter und intensiver auf, sodass das durch das Einknicken bedingte Ein- resp. Zusammensinken des Oberkörpers mehr und mehr zunahm. Zum Umfallen ist es nie gekommen; der Patient erlangte die Herrschaft über seine Muskeln stets schnell wieder. Sehr beteiligte sich am Einknicken auch das rechte Bein, aber nie so stark als das linke. Als dritte Steigerung kam ein Hüpfen hinzu. Sobald der Patient in beiden Knieen eingeknickt war, wurde der ganze Körper mit beiden Füssen zugleich in die Höhe geschleudert. Es waren einer oder mehrere Sprünge, bei denen die Füsse den Boden verliessen, und welche Patient durchaus nicht verhindern oder unterdrücken konnte. Anfangs geschah dieses Hüpfen in halbgestreckter, wenn auch in den Knieen eingeknickter Körperhaltung. Allmählich aber verstärkte sich das Einknicken, so dass der Patient in vollständige Hockstellung geriet und mit der Beugeseite der Oberschenkel auf der Wade aufsass. Ging der Patient in dieser Phase ohne Unterstützung, so knickte er nach 4—5 Schritten plötzlich in beiden Knieen zusammen, kam in eine tief am Boden hockende Stellung, machte in dieser 1 bis 3 gleichmässige

Sprünge am Boden vorwärts, hob sich dann mit grosser Anstrengung in die aufrechte Stellung in die Höhe, ging wenige Schritte weiter voran, um dann wieder in in die Knie zu sinken und durch wenige Schritte vorangeschnellt zu werden. So ging es ohne Unterbrechung fort. Schmerzhaft war diese Bewegungsstörung niemals. Die Patellarreflexe sind gesteigert, der Fussklonus nicht vorhanden.

Die Beweglichkeit und die grobe Kraft sind in keiner Weise abgeschwächt. Steifigkeit in den Knieen bei passiven Bewegungen ist nicht vorhanden. Bei ruhiger Stellung auf dem Boden oder durch Anstossen der Fusssohle an einen harten Gegenstand z. B. im Bette liegend gegen die Bettstelle ist nie ein Zittern oder Zucken in den Beinen hervorgerufen worden. Ebenso ist es nie gelungen, durch Perkussion oder Kitzeln der Fusssohle irgend eine abnorme Bewegungserscheinung in den unteren Extremitäten zu erzeugen. Die gewöhnliche Berührungssensibilität ist normal, Spitze und Kopf einer Stecknadel werden an beiden Beinen richtig unterschieden und genau lokalisiert.

Spricht schon das ganze Krankheitsbild gegen eine organische Erkrankung, so wird diese Ansicht noch weiter durch den Verlauf der Krankheit bestätigt.

Nach einer Behandlung von $7^1/_2$ Wochen, die wesentlich eine psychische war, besserte sich der Zustand, das Hüpfen verschwand, die Partellarreflexe sind normal. Auch das Einknicken besserte sich, wie Erlenmeyer berichtet, in erheblichem Masse. Einige Tage vor seiner Entlassung machte Patient einen $2^1/_2$ stündigen Spaziergang, auf dem er nur auf der allerletzten Stelle einknickte.

Die anderen von Blocq mitgeteilten Fälle lassen sich je nach der Schwere der Störungen in verschiedene Gruppen einteilen. In den ersten vier Fällen ist das Stehen und Gehen überhaupt nicht möglich. Stellt man den Patienten auf die Füsse, so klappt er zusammen, als wenn, wie Blocq sich ausdrückt, seine Beine aus Baumwolle wären. In Kürze will ich Fall I und II mitteilen.

### I. Fall.

Ein Mädchen aus nervöser Familie war beim Spielen auf den Rücken gefallen und hatte am nächsten Tage über Rückenschmerzen und die Unmöglichkeit, sich aufrecht zu erhalten, geklagt. Sie legte sich auf den Bauch und duldete keine Berührung des Rückens. Letztere rief, selbst wenn das Mädchen schlief, ein heftiges Zusammenzucken hervor. Jeden Abend traten Anfälle von starken Rückenschmerzen ein. Nach 6 monatlicher Krankheit fand Charcot das Mädchen auf der Seite liegend mit grosser Überempfindlichkeit der ganzen Wirbelsäulengegend. Die Kranke bewegte die Beine mit Leichtigkeit nach jeder Richtung. Sie konnte, wenn sie unterstützt wurde, anf den Füssen stehen, konnte aber nicht gehen. Die Füsse klebten am Boden und nur mit Mühe brachte sie den einen etwas nach vorn. Das Gesichtsfeld war konzentrisch eingeschränkt. Heilung in 8 Tagen.

### II. Fall.

Karl V. 14 Jahre alt, war niemals krank, seine Mutter litt an Migräne. Er sollte bei Gelegenheit einer

Feier, zu der auch der Bischof erschienen war, eine Anrede halten. Er hatte sich darüber aufgeregt, Kopfschmerzen bekommen und klagte über Schwäche in den Beinen. Am nächsten Tage lag er zu Bett und konnte nicht aufstehen. Im Bett bewegte er die Beine mit voller Kraft. Er hatte keine gesteigerten Patellarreflexe, keine Anaesthesien. Nach einigen Monaten konnte er noch nicht gehen, hüpfte aber, wie eine Elster bald auf dem einem, bald auf dem anderen Fusse durchs ganze Haus. Nach weiteren 14 Tagen fing er plötzlich an, in normaler Weise zu gehen. Später wurde er ohne besondere Ursache von derselben Störung wiederum befallen. Dieses Mal kam die Heilung nach einem Monat und blieb beständig.

Im fünften Fall kann die Kranke nur mit Unterstützung stehen und gehen, widrigenfalls gerät sie ins Schwanken und fällt hin.

In den übrigen Fällen ist das Stehen und Gehen durch verschiedene widersinnige und unkoordinierte Bewegungen gestört.

## Epikrise.

Unsere Aufgabe wäre es nun vor allem, die Frage zu entscheiden, ob in meinen Fällen die Diagnose „hysterische Gehstörung“ berechtigt ist, und wenn, in welcher Weise dieselbe dann zu erklären ist.

Die Frage, ob die Diagnose „hysterische Gehstörung“ berechtigt ist, glaube ich wohl mit ja beantworten zu können. Denn in allen drei Fällen finden wir eine Reihe von Krankheitserscheinungen, die allgemein als charakteristisch für die Hysterie anerkannt sind. Vor allem finden wir die spezifisch hysterischen

Symptome, die sogenannten hysterischen Stigmata, insbesondere die sensoriellen Anaesthesien und Hyperaesthesien. Ferner fehlen alle derartigen Symptome, welche unzweideutig auf eine anatomische Erkrankung hinweisen.

Auf die Frage, wie wir uns das Krankheitsbild zu erklären haben, giebt uns Blocq eine zutreffende Erklärung. Er weist darauf hin, dass der Mensch das Stehen und Gehen mit bewusster Anstrengung erlernt und dass diese Funktionen später fast unbewusst auf einen bewussten Anstoss hin ausgeübt werden, dass also sozusagen die eigentliche Arbeit beim Gehen vom Organ des Bewusstseins auf einen untergeordneten Apparat übertragen wird, welcher von jenem nur in Gang gesetzt zu werden braucht. Das Zusammenwirken nun der „cortikalen Zellengruppen“ und der „spinalen Zellengruppen“ kann durch Hemmung der einen oder der anderen gestört werden, so dass entweder der Befehl nicht gegeben wird oder nicht ausgeführt wird.

Blocq verhehlt sich nicht, dass es sich bei den meisten Fällen von hysterischer Gehstörung um cortikale (psychische) Störungen handeln muss, dass also der Anstoss zur automatischen Thätigkeit der untergeordneten Centra nicht oder mangelhaft gegeben wird. Ferner teilt er einige Fälle mit, in denen die hysterische Gehstörung experimentell, durch Suggestion, bewirkt worden ist („du kannst nicht mehr gehen, du kannst nur hüpfen“ u. s. w.) Er weist darauf hin, dass bei heftigen Affekten normaler Weise die Beine zittern oder den Dienst versagen können, dass dieser Umstand bei geeigneten Personen die Autosuggestion des Nichtmehrstehen- oder Gehenkönnes zu bewirken vermag.

Ist diese Affektion auch im allgemeinen selten, so ist es doch wichtig, sie zu kennen, sich ihr charakteristisches Bild vor Augen zu halten, um sich vor diagnostischen Irrtümern zu hüten. So kann es leicht vorkommen, dass dieser krankhafte Zustand bei männlichen Individuen für Simulation angesehen wird, um sich vom Militärdienste zu befreien.

Andererseits ist eine Verwechslung mit einer schweren organischen Erkrankung nicht ausgeschlossen. So ist schon von den berühmtesten Ärzten eine Pottsche Kyphose, eine Myelitis u. s. w. diagnostiziert worden. Ich will daher auf einzelne Krankheiten und Störungen hinweisen, die in differentialdiagnostischer Beziehung in Betracht kommen.

Die Diagnose hat namentlich zu berücksichtigen, dass im Liegen keinerlei Störungen der groben Kraft oder der Coordination der Beinbewegungen bestehen. So wird man eine Verwechslung mit Tabes oder Friedreich'scher Ataxie ohne Schwierigkeiten vermeiden. Vierhügel- und Kleinhirnerkrankungen erzeugen zuweilen ähnliche Bilder. Man hat zu beachten, dass bei ersteren Augenmuskellähmungen stets vorhanden sind, und bei letzteren auf Erbrechen, Stauungspapille, charakteristische Schmerzen zu achten. Die gewöhnliche hysterische Paraplegie der Beine lässt sich sofort ausschliessen, indem man berücksichtigt, dass diese im Liegen sich ganz ebenso äussert, wie im Stehen oder Gehen. Schwieriger ist oft die Unterscheidung von einigen anderen Gehstörungen. Namentlich kommen folgende in Betracht:

1. Der saltatorische Reflexkrampf; hier sind die reflektorisch ausgelösten Krampfbewegungen das primäre

Symptom. Sekundär kommt es infolge der Heftigkeit dieser Krampfbewegungen zu einer Unfähigkeit zu stehen und zu gehen. Bei der hysterischen Gehstörung sind die etwaigen Zuckungen nur Begleitsymptome; das primäre Symptom ist das Versagen der zum Gehen und Stehen erforderlichen Kraft und Coordination.

2. Die sogenannte Akinesia algera; wenn speziell das Stehen und Gehen mit heftigen Schmerzen verknüpft ist, so brechen die Kranken zuweilen lediglich infolge ihrer intensiven Schmerzen zusammen. Auch die etwaige Angst dieser Kranken beruht lediglich auf den thatsächlichen oder thatsächlich zu gewärtigenden Schmerzen.

3. Manche Vertigoformen, bei welchen erst im Gehen oder Stehen Schwindel eintritt und infolgedessen beides unmöglich wird. Auch bei dieser Differentialdiagnose wird die Feststellung der Reihenfolge der Symptome entscheidend sein.

Fragen wir uns jetzt nach der Entstehung der hysterischen Gehstörungen, so ist hierbei den psychischen Ursachen in erster Linie Rechnung zu tragen. In zahlreichen Fällen schliesst sich dieses Leiden an eine heftige psychische Erregung (Schreck, Ärger, Aufregung) sozusagen an ein psychisches Trauma unmittelbar an. Eine noch weit grössere ja vielleicht die grösste Rolle bei der Entstehung der hysterischen Gehstörung spielen aber die mannigfaltigsten körperlichen Traumen (Fall, Stoss, Verbrennung und andere). Auch hier ist es nicht die körperliche Verletzung als solche, sondern der durch denselben hervorgerufene Schreck, oder richtiger die gesamte durch das Trauma bedingte Bewusstseinsveränderung, welche die hysterischen Erscheinungen her-

vorruft. In anderen Fällen hinwieder entsteht das Leiden ganz allmählich, ohne dass die Patienten auch nur irgend einen Grund dafür anzugeben wüssten.

Die Symptomatologie der hysterischen Gehstörungen ist noch sehr wenig aufgeklärt. Die bis jetzt bekannt gewordenen Fälle weichen untereinander dermassen ab, dass eine Vereinigung zu einem einheitlichen klinischen Bild unmöglich ist.

Die Prognose ist bei den hysterischen Gehstörungen im allgemeinen günstig; in etwa zwei Drittel der Fälle tritt Heilung ein. Ungünstiger ist sie bei den Unfallpatienten. Der erlittene Unfall ruft leicht die Befürchtung unheilbaren Siechtums, andauender Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit hervor. Die Weitläufigkeiten und häufigen Streitigkeiten mit Krankenkassen und Versicherungsgesellschaften tragen das Ihrige dazu bei, den Kranken in Unruhe zu versetzen. Die Kranken sind trüb gestimmt, missmutig, unlustig zu jeder Beschäftigung, völlig energielos, kurz diese Zustände können mit grosser Hartnäckigkeit andauern und oft allen Heilbestrebungen widerstehen. Rezidive sind bei den hysterischen Gehstörungen häufig.

Die Therapie muss im wesentlichen eine suggestive sein. Man gewöhnt den Kranken, dem man zunächst Bettruhe verordnet, durch Massage, passive und aktive Gymnastik, eventuell auch Elektrisation an den Gedanken, dass seine Beine leistungsfähiger geworden seien. Dann muss er die ersten Schritte an der Hand des Arztes machen. Allmählich wird die Zahl der Schritte gesteigert und die Stützung beim Gehen vermindert. Auch schmerzhafte Faradisation der Beine und der Hüften bei gleichzeitiger Suggestion, dass nur ein

solches heroisches Mittel die Störung beseitigen könne, erzielt zuweilen einen überraschenden Erfolg.

Bei den Unfallkranken ist es in therapeutischer Hinsicht vor allem zuerst notwendig, sie von ihrem Wahn eines erworbenen schweren Leidens zu heilen. Von grösster praktischer Wichtigkeit ist es auch die traumatischen Neurosen, womöglich, bei ihrer ersten Entstehung „im Keime zu ersticken". Nicht selten beobachtet man Unfalls-Kranke, welche nach der augenfälligen vollständigen Heilung irgend einer leichten äusseren Verletzung anfangen, über alle möglichen nervösen Beschwerden zu klagen. Hier gilt es, gleich von vornherein derartige Klagen möglichst abzuschneiden und den Kranken begreiflich zu machen, dass sie nun wirklich vollständig wiederhergestellt sind.

---

Zum Schlusse bleibt mir die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. v. Strümpell für die freundliche Überlassung des Themas und die bei der Ausführung der Arbeit gewährte Unterstützung meinen ergebensten Dank auszusprechen.

---

# Litteratur.

Sydenham: Dissertatio epistolaris de affectione hysterica.

Briquet: Traité clinique et thérapeutique de l'hysterie.

Centralblatt für Nervenheilkunde: 1885. Erlenmeyer: Über statische Reflexkrämpfe.

Archiv de Neurologie 1888: Sur une affection caractérisée par de l'astasie et de l'abasie par Dr. Blocq.

Strümpell: Spezielle Pathologie und Therapie III. Band.

Schmidts Jahrbücher d. Med. Jahrg. 1890.

Neurologisches Centralblatt 1891.

Löwenfeld, Pathol. und Therapie der Neurasthenie und Hysterie.

Levy, Dissertation.